LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Etude théorique et pratique sur le poumon, ses fonctions et ses maladies. La tuberculose pulmonaire et sa guérison clinique (*suite et fin*), par le Dr H. Grasset, de Nogent-sur-Marne, 401. — **Bibliographie** : Essai sur les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines, par le Dr H. Claude, 405. — **Revue de la presse** : L'acétone dans l'urine des femmes enceintes comme signe de la mort du fœtus, 406. — **Académie des sciences** : *Séance du 21 juin* 1897. Présidence de M. Chatin. — Action des albumoses et des peptones en injections intravasculaires, 406. — Action des rayons X sur la rétine, 406. — Sur la constitution du grand sympathique; ses centres trophiques, 407. — Expériences sur l'excitation des nerfs par les rayons électriques, 408. — Action thérapeutique locale des courants à haute fréquence, 408. — La forme saprophytique de la tuberculose humaine et de la tuberculose aviaire, 409. — De l'influence du sommeil hypnotique sur les gastralgies du tabes dorsal, 409. — **Académie de médecine** : *Séance du 22 juin*. Présidence de M. Caventou. — Traitement du goitre exophthalmique par la résection du grand sympathique cervical, 409. — La myélite ascendante aiguë et les inoculations antirabiques, 410. — Traitement des anévrysmes en général et de l'anévrysme de l'aorte en particulier par les injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse, 410. — Traitement opératoire de la myopie forte, 410. — Grossesse extra-utérine, 410. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 18 juin* 1897. Présidence de M. Debove. — Application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale, 410. — Phénomènes vasculaires d'ordre nerveux, 411. — Dilatation de l'estomac chez les nourrissons, 411. — Tuberculose et fièvre typhoïde chez le même malade, 412. — Cote surnuméraire, 412. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 25 janvier* 1897. Présidence de M. le Dr Dromain, 412. — **Société de chirurgie** : *Séance du 23 juin* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Traitement de la coxalgie, 414. — Deux cas d'occlusion intestinale, 415. — Traitement de la fracture de la rotule, 415. — Résection du grand sympathique cervical, 415. — Ostéome de l'orbite, 415. — **Courrier sanitaire** : L'épidémie cholérique de 1896 en Egypte, 415. — **Nouvelles**, 416. — **Bulletin bibliographique**, 416.

CLINIQUE MÉDICALE

Etude théorique et pratique sur le poumon, ses fonctions et ses maladies. — La tuberculose pulmonaire et sa guérison clinique (1).

Par le Docteur H. Grasset (de Nogent-sur-Marne).

(*Suite et fin* (2).

Il est probable que le bacille de Koch n'est qu'une forme évolutive du contage tuberculeux, et non ultime, puisque dans des cultures à température assez élevée, ou dans certaines productions organiques, il tend à une forme mycélienne. Nous ne connaissons probablement pas encore la forme primitive du ferment tuberculeux; pour ma part je suis porté à croire que les granulations que l'on rencontre au centre des cellules géantes et qui se colorent comme des zooglées, mais d'une façon peu tenace, sont les prototypes des bacilles ou tout au moins sont des granulozymes déviés de leurs fonctions et devenus contages morbides. C'est pourquoi en dehors de la contagion j'admets la spontanéité de l'évolution tuberculeuse.

Revenons maintenant à la détermination tuberculeuse à la suite du contage. Les granulozymes détournés de leur rôle physiologique sont prêts à évoluer dans un sens, le bacille de Koch se présente et détermine la spécificité. Il ne faut pas oublier que ce bacille est un ferment puissant, que sa fonction chimique résiste à de violents assauts, et que, même mort, il produit des dégâts analogues à ceux qu'il fait à l'état vivant. Par son action particulière il va dévier le chimisme des granulozymes et des cellules épithéliales qui se créeront un milieu analogue au sien, désagrégeront la structure cellulaire et reproduiront le contage tuberculeux, qui se multipliera, d'ailleurs, à côté sous la forme bacillaire. Par contact les cellules s'influenceront et la matière tuberculeuse s'étendra bien au delà des limites des atteintes des bacilles. Le premier effet de l'attaque est la pénétration puis la désagrégation des cellules, immédiatement arrive l'acte réflexe de défense et l'apparition des cellules lymphoïdes; elles n'arrivent que lorsque l'épithélium est en danger pour jouer le rôle de vecteurs d'élimination, le follicule tuberculeux se forme. Le chimisme des granulozymes des migrateurs combat les perturbations de celui des éléments atteints, et peut même arriver à le neutraliser; alors les granulosomes, dont la fonction est surtout de construire, prolifèrent avec rapidité et entourent la lésion d'une couche de tissu fibreux assez insensible aux modificatians chimiques de cet ordre et le transforment en un nodule limité qui arrête l'invasion. Si les granulozymes des cellules diapédésées sont impuissantes à ramener la fonction, malgré le travail énergique qui se fait et qui est indiqué par l'hypernutrition cellulaire et la transformation en cellule géante, même en dehors de la présence du bacille à l'intérieur de la cellule, il y a dissociation de la fonction cellulaire et nécrose plus ou moins complète. A son tour, par action chimique de présence ou de contact, la cellule

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 12 juin 1897.

(2) V. *France médicale*, n° 25, p. 385.

perdue devient un agent propagateur de la déviation fonctionnelle. Les cellules lymphoïdes et les cellules embryonnaires deviennent donc dangereuses, et si quelques-unes retournent dans la circulation générale ou lymphatique, elles transportent avec elles l'empoisonnement à distance, qu'elles possèdent ou non des bacilles à leur intérieur. La propagation la plus fréquente se fait par contact et est d'autant plus rapide que les éléments sont plus perturbés originellement dans leurs fonctions ; ainsi chez les héréditaires où les granulozymes sont prédisposés à l'évolution morbide, de même que les cellules défensives de l'organisme. La lutte n'est pas longue, et les lésions destructives s'étendent avec rapidité ; au contraire, chez certains individus où l'hérédité ne se cantonne que sur le poumon, les granulozymes de la circulation générale peuvent combattre avec avantage pendant un certain temps et l'envahissement se fait plus lentement et n'a pas de tendance à s'étendre à d'autres organes ; chez d'autres où l'hérédité ne se fait pas sentir et où la déviation chimique n'a lieu qu'après le concours de certaines circonstances, l'envahissement est très lent et la guérison arrive même spontanément, les granulozymes du tissu pulmonaire et des cellules ambulantes neutralisent la fonction chimique anormale et leurs granulations proliférant abondamment forment le tissu cicatriciel. L'anatomie pathologique nous montre que c'est toujours par une bande de tissu fibreux que se guérissent et se limitent les cavernes pulmonaires.

De ces données il découle une méthode extrêmement simple et rationnelle du traitement des affections pulmonaires. La grande indication est de rétablir la fonction chimique de l'épithélium. Vouloir combattre le bacille est une utopie, puisque même lorsqu'on arriverait à le tuer, ses principes chimiques amèneraient par contact la nécrose des parties environnantes ; aussi tous les essais en cette voie ont-ils misérablement échoué. Pour arrêter l'évolution tuberculeuse ou autre, il n'y a qu'un moyen, saturer l'organisme des principes qui lui font défaut, lui fournir des granulozymes gorgés de produits qui neutraliseront ceux des perturbateurs, imbiberont les granulozymes déviés pour les remettre dans leur milieu normal et leur permettre de reprendre leurs fonctions. Si l'on supprime en même temps les mauvaises conditions qui ont amené la déviation économique, par des moyens hygiéniques bien compris et quelques remèdes que l'empirisme a fait connaître, ou aura fréquemment un succès complet.

Il est évident que tous les tuberculeux ne seront pas guéris ; d'abord chez les cachectiques la partie est perdue d'avance, le plus que l'on pourra obtenir sera une prolongation plus ou moins accentuée ; d'un autre côté pour qu'un phtisique soit guérissable, il faut qu'il lui reste suffisamment de tissu pulmonaire sain pour que l'hématose soit satisfaisante et les produits pulmonaires formés en quantité notable ; il faut en outre que l'état des autres organes soit satisfaisant, qu'il n'y ait ni lésions cardiaque, hépatique, rénale, etc., il faut que l'on ait affaire à un tuberculeux pulmonaire pur. Cependant chez ceux-là même on pourra obtenir de notables améliorations quand les autres méthodes n'y réussiront pas. Les héréditaires guérissent moins facilement que les autres. Dans tous les cas la guérison est d'autant plus facile et prompte que les lésions sont moins avancées, mais il y a des particularités encore inconnues qui amènent d'énormes différences dans la rapidité de la guérison de deux individus ayant des lésions de même valeur.

Il est évident que quand je dis guérison, c'est au point de vue clinique que je me place. Ainsi pour les tuberculeux au 3e degré, guéris, j'avais affaire à des individus soignés depuis des mois ou des années par les meilleures méthodes actuellement employées et cependant les lésions progressaient et la déchéance s'accentuait rapidement. La toux et l'expectoration ont disparu, les forces sont revenues ainsi que l'appétit, le poids a augmenté, les malades ont repris leurs occupations et les symptômes à l'auscultation ont disparu ou changé du tout au tout. Ce ne sont point des améliorations passagères et rapides comme on en voit au début de tout nouveau traitement, mais ce sont des progrès continus qui se font pendant des semaines et des mois et persistent ensuite. Je ne dis pas que ces individus n'auront plus de poussée tuberculeuse, ils en ont eu dans certaines conditions avec des organes relativement sains ; à plus forte raison pourront-ils en avoir avec des organes endommagés s'ils se trouvent dans les mêmes milieux ; mais en tous cas, au lieu d'une déchéance progressive, ils auront été pendant très longtemps en bon état, se considérant guéris. Ceux qui resteront dans des conditions hygiéniques excellentes vivront longtemps guéris, quant à ceux qui récidiveront il est probable que le traitement permettra encore d'arrêter l'évolution pour un certain temps.

Voici les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

1° J'ai traité cinq tuberculeux au premier degré ; quatre sont complètement guéris, un est encore en traitement et en voie de guérison. Certains possédaient un facies tel qu'à la simple inspection on les aurait pris pour des poitrinaires caverneux ; les autres ont eu des hémoptysies. Ces malades présentaient des indurations pulmonaires plus ou moins étendues, des respirations irrégulières, saccadées, souvent douloureuses, rudes quelquefois soufflantes, toux fréquente, expectoration plus ou moins prononcée, d'origine bronchique ; deux malades avaient une hérédité très chargée. Au bout de quinze jours à un mois (deux mois chez une femme très cachectique soignée depuis longtemps sans succès) les forces sont revenues, le teint a changé d'aspect, les sueurs ont disparu, la toux a cessé et l'appétit est bon. A la percussion et à l'auscultation on retrouva une souplesse qui n'existait plus depuis longtemps.

2° Six tuberculeux au second degré ont suivi le

régime. Cinq au début de cette période sont guéris, un très-avancé est considérablement amélioré, presque guéri, mais la question guérison est encore en suspens.

Les uns possédaient des complications telles que lupus des doigts, ulcération tuberculeuse de la langue, tuberculose génitale ; une femme de 26 ans avait un aspect cachectique très-prononcé ; chez presque tous les traitements avaient été institués sans grand succès depuis longtemps, chez deux anciennement ; je mettais plus de deux mois à arrêter les poussées du sommet et jamais dans l'intervalle il n'y avait arrêt complet des symptômes ; avec le nouveau traitement j'ai réussi en quinze jours un arrêt absolu. Tous les symptômes disparaissent, expectorations, râles, sueurs, inappétence, il y a reprise de l'embonpoint et des forces.

Le malade dont la guérison est douteuse, quoique amélioré à un point tel qu'il se croit guéri et veut reprendre son travail de mécanicien, est complexe ; il possède une adhérence très-accentuée de la totalité du poumon droit qui restreint considérablement l'expansion pulmonaire, et le sommet est induré ; du côté gauche il y avait des râles dans toute la hauteur, actuellement il n'y en a presque plus, mais on entend de nombreux frottements pleuraux en certains points bien limités.

3° Quatorze tuberculeux, au 3e degré, traités.

Quatre guéris depuis des périodes variant de trois mois à un mois. Un homme de 33 ans condamné au mois de septembre dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, est rentré pour mourir chez lui, poumons indurés en totalité, cavernules aux deux sommets : complètement guéri et en bon état depuis trois mois.

Un homme de 46 ans, caverne au sommet gauche, hémoptysies extrêmement abondantes, inquiétantes. A repris son service d'employé d'octroi depuis le 1er mars. Guéri complètement.

Un homme de 32 ans, deux poumons indurés, cavernes à gauche, était mourant, a repris embonpoint, forces. Guéri depuis deux mois. Atteint de laryngite intense, celle-ci n'est qu'améliorée fortement.

Femme de 28 ans, phtisie prenant une allure rapide à la suite d'une couche, hémoptysies, caverne au sommet droit, était très malade, guérie depuis un mois.

Quatre autres sont améliorés en voie de guérison, les cavernes sont presque desséchées et l'état général revient graduellement. Une femme de 38 ans, poumon gauche entièrement effondré, entreprise dans un état lamentable ; un jeune homme de 21 ans, une caverne au sommet droit est desséché depuis deux mois, les cavernes du sommet gauche passent par des alternatives de sécheresse et d'humidité.

Une jeune femme de 28 ans, à hérédité chargée, où la phtisie avait après plusieurs années, pris une marche rapide. Caverne à gauche mi-desséchée, les autres parties du poumon qui étaient très-congestionnées sont indemnes, le sommet droit qui était induré a repris sa souplesse, une femme de 34 ans, dont les deux tiers du poumon gauche sont effondrés, les cavernes sont presque desséchées ; il y a des alternatives.

Un autre malade très amélioré, mais qui ne guérira pas. Il a le poumon gauche entièrement caverneux et le lobe moyen à droite induré ; il revient de Pau complètement mourant, œdème des jambes, des paupières, purpura cachectique, oppression continuelle, expectoration purulente pure et extrêmement abondante, vomissements, appétit nul, fièvre modérée. Après trois semaines de traitement actuellement son état est le suivant ; l'œdème ne se montre plus que le soir aux malléoles, le purpura a disparu, le teint est moins cachectique, l'oppression n'a lieu qu'aux moments d'efforts, l'expectoration facile est mousseuse, jaune pâle, peu abondante, plus de vomissement, appétit bon. J'espère le prolonger longtemps.

Enfin j'ai eu cinq morts, mais tous étaient non seulement très avancés, mais très compliqués : un homme de 38 ans avec laryngite accentuée qui ne voulait se traiter qu'à moitié et à sa guise ; une jeune fille de 22 ans, cachectique qui fit une granulie ; un jeune homme de 20 ans, syphilitique récent et alcoolique invétéré ; un vieillard de 68 ans diabétique ; un homme de 35 ans dont le foie et la rate étaient énormes et qui présentait de la péritonite tuberculeuse ; il est d'ailleurs mort d'une poussée péritonéale. Chez ces derniers malades beaucoup ont été améliorés au début et certainement prolongés.

Tous ces tuberculeux au troisième degré, ont été pris dans un état lamentable, condamnés à bref délai, tous les autres traitements avaient échoué. Chez tous ceux qui sont des tuberculeux pulmonaires purs, il y a eu ou guérison ou amélioration poussant vers la guérison. Sauf chez un cachectique, on peut donc dire que les résultats sont superbes et dépassent toutes les espérances.

Voici quels sont les stades de la guérison :

Dès les premiers jours la toux diminue, devient plus facile, les crachats se détachent plus aisément et diminuent de quantité. Ils deviennent de plus en plus aérés et spumeux, le nombre des bacilles y diminue ; au bout de quelque temps, les bacilles sont minces, petits, peu abondants ; on ne trouve plus de fibres élastiques, les globules blancs morts sont moins altérés et ressemblent plutôt aux globules du pus louable des anciens. Généralement la fièvre et les sueurs s'amendent assez promptement, celles-ci sont plus tenaces. Puis les crachats deviennent de moins en moins abondants et à la guérison, les malades toussent un peu le matin et le soir en donnant deux ou trois crachats épais où on rencontre quelquefois mais rarement des bacilles. Quand les cavernes commencent à se tarir, les malades sont quelquefois pris d'une toux sèche, quinteuse, pénible, ne donnant plus de crachats qui les fatiguent et les effraient beaucoup, et que l'on calme avec des révulsifs. L'oppression cesse ou s'amende vite, le teint s'éclaircit dans les huit à quinze premiers jours de traitement ; l'appé-

tit et les forces chez les individus qui allaient vers la cachexie reviennent plus tard, et assez promptement chez les autres. Les râles diminuent de plus en plus, deviennent gras et finalement disparaissent en laissant à leur place un souffle caverneux si l'on est à la troisième période, bronchique si l'on est à la seconde. Dans tous les cas, la destruction pulmonaire est rigoureusement limitée et ne s'étend plus.

Il est évident qu'à la suite des stades avancés on ne peut tarir le crachat d'une façon absolue, car la caverne ou les cavernules taries forment comme une muqueuse suintant toujours, et le malade pour le vider expulse matin et soir, aux changements de position, quelques crachats concentrés, mais on n'entend pas de râles ou gargouillements.

Les résultats sont d'autant plus brillants qu'ils sont en grande partie obtenus chez des malades du bureau de bienfaisance qui sont dans de mauvaises conditions hygiéniques et ne peuvent s'alimenter d'une façon convenable. Je suis persuadé que ce traitement appliqué dans les sanatoria, où sont réunis tous les avantages de la position, de la surveillance médicale et hygiénique, donnerait un pourcentage en dehors de toutes les espérances.

Ce que l'on obtenait anciennement, quelquefois par hasard, au moyen d'un traitement convenable et après de longs mois ou années, c'est-à-dire l'arrêt d'évolution chez les tuberculeux à la fin du deuxième degré ou au commencement du troisième, le dessèchement des cavernes et le rétablissement de l'état général, on peut l'obtenir actuellement en peu de mois.

Il faut dire qu'en même temps que les granulozymes pulmonaires, je fais agir d'une façon sobre, discontinue et variée certains agents médicamenteux. On peut très bien cesser ces traitements secondaires pendant un certain laps de temps sans inconvénient, tandis qu'il n'en est plus de même du traitement organique que l'on ne cessera que longtemps après la guérison clinique assurée.

Les résultats obtenus dans les maladies plus simples et non spécifiques du poumon sont encore beaucoup plus complets et brillants.

Les *rhumes* les plus intenses accompagnés de fièvre, courbature et oppression, se trouvent amendés dès le premier jour et deux ou trois jours après la toux est insignifiante et l'expectoration nulle; le soulagement est presqu'immédiat, le malade voit la période de coction complètement supprimée et les autres très réduites.

Les rhumes anciens, tenaces, durant depuis plusieurs semaines ou mois, sans autres signes qu'une respiration trachéo-bronchique, sont guéris en l'espace de six à quinze jours et d'une façon complète.

Les bronchites aiguës, pures ou suivies d'infections, si intenses soient-elles, ne durent guère plus de six à dix jours. J'ai soigné longtemps deux petites filles atteintes de dilatation des bronches à la suite de coqueluche, tellement affaiblies et cachectisées que je craignais la phtisie, malgré l'examen bacillaire répété et négatif des abondants crachats muco-purulents qu'elles expectoraient dans les quintes ; la terpine avait eu peu d'action, le gaïacol avait été inactif, seule la glycérine créosotée avait donné de légers résultats ; ce n'est que l'absorption des granulozymes pulmonaires qui amena en une douzaine de jours la cessation de tout les symptômes et la reprise de l'état général.

Un jeune garçon de 13 ans, à hérédité spécifique paternelle, ne vit tarir une bronchite suite de coqueluche que sous l'influence du régime organique, la terpine, la créosote et leurs dérivés étaient impuissants. Sa mère fut guérie en huit jours d'une bronchite intense qu'elle traînait depuis trois semaines et qui n'allait qu'en augmentant.

Chez des enfants atteints de *bronchite* à la suite *de rougeole*, tous les phénomènes disparaissent en un temps qui varie de quatre à huit jonrs. J'ai soigné tout dernièrement, au début d'une rougeole très intense, une enfant atteinte de bronchite capillaire : hyperthermie élevée, dyspnée et battement des ailes du nez, délire très intense, râles fins dans la totalité de la poitrine. Sans faire autre chose que le traitement organique et appliquer des cataplasmes sinapisés, j'ai obtenu les résultats suivants : début du traitement cinq heures du soir, le lendemain à dix heures du matin la dyspnée a cessé, l'enfant dort agitée mais plus calme que la veille, la température a considérablement baissé, les râles tiennent toujours les deux côtés du thorax mais ils sont moins fins ; le deuxième jour la nuit a été calme il n'y a plus que de gros râles ; le troisième jour l'amélioration continue, un confrère qui me remplace pendant plusieurs jours de maladie ne trouve presque plus de râles. En six jours tout était terminé alors que l'éruption était encore visible nettement. Je ne crois pas qu'on puisse avoir d'exemple plus probant de l'efficacité de la cure dans ces cas qui sont si terribles.

Les *bronchites chroniques* tenaces avec bronchorrée plus ou moins variable, accompagnées ou non d'emphysème, sont rapidement améliorées et même guéries, s'il n'y a pas de lésion cardiaque, dans un laps de temps qui ne dépasse guère quinze à trente jours.

Les *congestions pleuro-pulmonaires* saisonnières, que l'on a maintenant l'habitude de décorer du nom de grippales, et qui laissent quelquefois, surtout chez les personnes âgées, des traces durables, sont rapidement amendées en une huitaine de jours.

J'ai essayé le remède chez un asthmatique pur, sujet depuis deux ans à des crises périodiques qui le tiennent pour huit ou quinze jours accroupi à quatre pattes dans son lit, et dont quelques-unes de ces dernières ont été suivies de bronchite ; j'ai réussi en commençant le premier jour de dyspnée à arrêter presque instantanément deux crises ; une troisième à la suite d'une dépression barométrique intense n'a été arrêtée que le

roisième jour, et il n'y a pas eu de bronchite à la uite.

Enfin le cas suivant montre que l'on peut même espé-er agir sur les affections pleurales. Une dame de 28 ns, dont le mari est phtisique au début du 2e degré, se rouve malade à la suite d'une couche normale. Elle est rise d'un violent point douloureux prédominant en vant à droite vers les 3e et 4e espaces intercostaux, ntre le sein et le sternum, avec irradiations en arrière. Rien à l'auscultation qu'un défaut d'ampliation du tho-ax par suite de la douleur. Simple application de si-apismes et je surveille craignant une pleurésie inter-obaire; au bout de 5 à 6 jours, ne constatant rien et la douleur étant presque atténuée, je réforme mon diag-nostic pour le remplacer par celui de névralgie inter-costale, et je ne reviens plus. Quinze jours après je suis rappelé; les douleurs sont revenues, la malade a consi-dérablement maigri, et ce qui l'inquiète, ce sont de gros bruits qu'elle entend dans sa poitrine. Au lieu d'une forte femme à mine rose, je rencontre une figure amincie, terreuse, un état général peu satisfaisant, pas de fièvre, toux pénible sans expectoration, appétit nul, forces déprimées. Je n'ai jamais entendu des frotte-ments pleuraux aussi intenses et aussi étendus, on les percevait même sans application immédiate de l'oreille sur le thorax, il suffisait de se maintenir à une cer-taine distance de la paroi. La pleurésie que je craignais s'était développée insidieusement, interlobaire et avait gagné la cavité pleurale générale. Quelle que soit l'é-tiologie de cette affection, ce qui est certain, c'est qu'en quatre jours avec un seul vésicatoire et l'action des granulozymes, les frottements disparurent complè-tement, fait assurément stupéfiant comme rapidité. Quinze jours après, le teint, l'appétit et les forces étaient revenus en partie, mais il fallut six semaines de traitement pour revenir à l'état antérieur, qui se maintient depuis plus de trois mois.

Je n'ai pas eu l'occasion d'essayer la cure des pneu-monies, mais devant les résultats obtenus dans les con-gestions pleuro-pulmonaires et les autres affections avec une constance aussi remarquable, je n'hésiterai pas un seul instant à la prochaine occasion, puisque l'effet est, comme nous l'avons vu, de diminuer rapide-ment la dyspnée, tarir l'expectoration en la rendant plus fluide et plus facile, et faire même tomber la tem-pérature.

En résumé, la *mixture pulmothérapique* contenant les granulozymes pulmonaires est le médicament pneumonique par excellence, mais il faut que le poumon et la plèvre seuls soient attaqués, il n'a aucune action spécifique, mais une action de direction générale : ainsi pour guérir la phtisie pulmonaire, il ne faut pas que d'autres organes soient atteints, sinon l'on n'obtiendra que des améliorations ou rien suivant l'étendue des lésions. Comme les cas de localisations au poumon seul sont de beaucoup les plus fréquents, on a encore un vaste champ.

En somme, c'est le médicament qui, je ne crains pas de le dire, est le meilleur *prophylactique* de la tuber-lose pulmonaire, car, avec lui, plus de rhumes ou bron-chites interminables qui fatiguent l'organe et conduisent à la phtisie; plus de suites d'affections des voies respiratoires directes ou venant derrière les coqueluches, rougeoles, etc., qui sont de fréquentes causes de tuberculose. Avec ce spécifique des voies aériennes, plus de fatigue des organes, guérison rapide. Quelle que soit la valeur de la théorie, les faits sont là; j'es-père que leur confirmation ne tardera à se faire, et même, peut-être, à conduire sur une voie encore plus féconde.

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines, par le Dr H. Claude, interne-lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris. In-8° de 245 p., avec 4 planches en couleur. Paris, G. Carré et Naud, 1897.

Dans ce travail l'auteur s'est proposé d'étudier les lésions du foie et des reins déterminées par des intoxi-cations expérimentales au moyen des toxines micro-biennes, et dans des conditions variées. Dans ce but il a fait un grand nombre d'expériences avec les toxines diphthérique, tétanique, diplococciques, pyocyaniques, etc., réalisant des types de maladies aiguës, subaiguës et chroniques. Dans les cas d'intoxications aiguës, les lésions observées sont celles qui ont été décrites dans les hépatites et les néphrites aiguës : dégénérescences cellulaires plus ou moins accentuées, inflammations interstitielles, lésions vasculaires etc. Certains de ces faits ont présenté l'allure symptomatique et les lésions de l'ictère grave. Dans les intoxications de plus longue durée, à côté des altérations cellulaires, on constata l'existence de scléroses des espaces portes plus ou moins développées avec formations de néocanalicules, angiocholites, artérites, etc.; du côté des reins il s'agis-sait de sclérose glomérulaire, complète ou incomplète, avec infiltration conjonctive péritubulaire et périvas-culaire. Enfin dans certains cas de six et huit mois de durée on trouva de véritables cirrhoses hépatiques constituées et des néphrites interstitielles atrophiques très caractérisées. Une fois même il y eut de la dégé-nérescence amyloïde du foie et des reins. En somme, ces expériences prouvent que les diverses infections aiguës n'agissent guère que par les produits toxiques répandus dans l'économie; les lésions infectieuses sont des lésions toxiques. Il est possible de reproduire expérimentalement par des intoxications continuées plus ou moins longtemps les différents types de mala-dies subaiguës ou chroniques du foie et des reins. Enfin, même après la cessation de l'intoxication, il per-siste des lésions en évolutions plus ou moins bruyantes et qui démontrent bien l'influence à longue échéance des infections profondes.

REVUE DE LA PRESSE

L'acétone dans l'urine des femmes enceintes comme signe de la mort du fœtus, par LUDWIG KNAPP. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 38). — Un confrère allemand, le Dr Knapp, a trouvé de l'acétone dans l'urine des parturientes dont les enfants venaient au monde morts ou macérés, tandis que l'essai était négatif chez toutes les parturientes ou les femmes gravides dont les enfants vivaient.

Si l'on trouve des lésions syphilitiques chez la mère, c'est une raison de plus, en présence des symptômes habituels, de croire que le fœtus est mort. Mais on ne serait pas autorisé, d'après Knapp, à croire que la présence de l'acétone dépend de la syphilis et de ses complications. Cet auteur a constaté que l'urine de beaucoup de femmes qui ont présenté des symptômes prononcés et graves de syphilis n'a jamais eu de l'acétone dans l'urine tant que l'enfant vivait. Naturellement on doit rechercher toutes les circonstances qui donnent lieu de par des causes générales à l'acétonurie pathologique.

L'essai a été fait d'après les procédés indiqués par V. Taksch, en ajoutant à l'urine dans un verre à réactif une solution récemment préparée de nitro-prussiate de soude et une solution de soude ou de potasse de concentration moyenne ; on ajoute ensuite de l'acide acétique jusqu'à ce que l'on voit disparaître la coloration rouge du liquide produite par l'addition de la solution alcaline. La coloration pourpre ou violette du liquide est considérée dans cette circonstance comme une preuve de la présence de l'acétone dans l'urine.

Vicarelli est également d'accord, d'après leurs observations, pour considérer la présence de l'acétonurie comme un signe certain de la mort du fœtus. Cependant Magagnini croit que la constipation et les troubles intestinaux si fréquents chez les femmes gravides ne sont pas sans importance dans la production de l'acétonurie. En tout cas, il a observé ce symptôme dans 32 sur 100 de grossesses normales. Dans les grossesses gémellaires, le même auteur a souvent trouvé une acétonurie passagère. Aussi ne croit-il pas que l'acétonurie, au cours de la grossesse soit un signe constant de la mort du fœtus. L'acétone de l'urine chez les femmes enceintes proviendrait de la destruction des corps albuminoïdes dans le canal digestif. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 juin 1897. — *Présidence de* M. CHATIN.

Action des albumoses et des peptones en injections intravasculaires. — M. E. FIQUET. On admet généralement que les peptones et albumoses, introduites directement dans la circulation, sont toxiques à des doses qui varient entre 0 gr. 30 et 0 gr. 80 par kilogramme d'animal. Nous pensons pouvoir démontrer dans ce travail que cette toxicité est due à la présence d'albumotoxines, de ptomaïnes, etc., dans les peptones ou albumoses insuffisamment purifiées.

Pour obtenir les peptones pures, nous empruntons le procédé de M. Armand Gautier : après avoir obtenu les peptones ordinaires par action directe de la pepsine sur les matières albuminoïdes, en présence d'acide chlorydrique affaibli, on dissout ces peptones brutes dans une petite quantité d'eau et l'on sature par le sulfate d'ammoniaque, qui précipite les matières albuminoïdes, albumoses et albumotoxines ; on ajoute alors la quantité d'alcool nécessaire pour amener le titre alcoolique de la liqueur à 68°-70° C. ; un nouveau précipité se produit, il est rejeté comme le précédent. On évapore la liqueur au bain-marie pour chasser l'alcool et précipiter la plus grande partie du sulfate d'ammoniaque : on reprend par l'eau et on dialyse au dialyseur continu de M. A. Gautier pour enlever les principes cristallisables. La solution séparée de ses sels est additionnée d'une grande quantité d'alcool à 98°-99° ; les peptones se précipitent sous forme d'un liquide sirupeux jaunâtre ; les ptomaïnes ont dialysé ou restent en solution.

Les albumoses obtenues par l'action du suc pancréatique sur la viande constituent, suivant Kühne, un mélange de quatre corps dont deux solubles dans l'eau et précipitables par le chlorure de sodium, les *protalbumoses* et les *deutéralbumoses*. C'est le mélange de ces deux produits, qui ont d'ailleurs des propriétés très voisines, que nous avons purifié. A cet effet, nous mettons à profit la solubilité de ces albumoses dans l'alcool à 50° C. On fait dissoudre ces albumoses dans une petite quantité d'eau de volume connu ; on ajoute la quantité d'alcool nécessaire pour obtenir 50° C. ; un précipité se produit, il est rejeté. On filtre et l'on ajoute alors à la liqueur claire la quantité d'alcool nécessaire pour obtenir le titre de 66°-88°. Dans ce liquide les peptones sont solubles et les albumoses insolubles.

Les peptones et les albumoses sont considérées comme ayant la propriété d'entraver la coagulation du sang chez certains animaux, d'amener de la narcose, des tremblements des membres, de la dyspnée et la mort si la dose a été suffisante.

Action des rayons X sur la rétine. — M. G. BARDET. On a nié jusqu'ici l'action des rayons X sur la rétine, quoique quelques observateurs aient affirmé avoir constaté chez certains sujets une impression lumineuse, quand l'œil se trouvait placé dans l'axe des radiations. On a dit aussi que les milieux optiques étaient opaques pour ces rayons, le cristallin particulièrement, et Brandès a affirmé que des sujets opérés de la cataracte éprouvaient nettement une impression lumineuse, par les radiations d'un tube de Crookes ; ce fait a ensuite été nié par Darieix.

La vérité est que toutes les personnes que j'ai observées éprouvent une sensation lumineuse, quand leur œil se trouve dans le champ d'action d'un tube éclairé par la lumière cathodique, et que les milieux optiques, s'ils présentent une résistance, n'empêchent pas l'action lumineuse. Mais, pour que le phénomène se manifeste, il faut que le sujet se trouve dans des conditions d'expérimentation favorables, car l'action est très faible et ne peut se manifester que dans une obscurité absolue.

La bobine et le tube doivent se trouver placés en dehors d'un cabinet noir où se tient l'observateur, celui-ci perce-

ant les radiations à travers une cloison en planches, le ois étant, comme on le sait, perméable aux rayons X. Les urs du cabinet noir doivent être tendus de rideaux noirs ais, et surtout ne doivent pas être peints, car un grand ombre de couleurs deviennent fluorescentes par les ayons X.

Dans ces conditions, un œil placé à quelques centimètres u champ d'action du tube ressentira une impression lu- ineuse assez vive, analogue à celle d'une personne devant s yeux fermés de laquelle on fait remuer une bougie. 'interruption du courant supprime le phénomène, qui se eproduit dès que le tube est ranimé.

Un gros registre, une plaque d'aluminium, placés entre œil et le tube, laissent persister la sensation lumineuse, ais celle-ci disparaît si le diaphragme est une plaque de er, ou de cuivre, ou de plomb. Une plaque de verre dimi- ue fortement la luminosité, mais il faut la placer en dehors e la chambre noire, car elle devient fluorescente, ce qui end l'expérience impossible.

En résumé, la sensation lumineuse est faible, mais nette; lle est synchrone des vibrations du tube. Si l'on tourne 'axe de celui-ci de manière à diriger dans un autre sens es radiations, le phénomène disparaît, ce qui ne permet as de supposer que l'impression soit due à l'action du champ électrique. Tous les milieux qui laissent passer les rayons X permettent au phénomène lumineux de se pro- duire, tandis qu'il est empêché par les milieux opaques à ces rayons.

Il n'y a donc pas de doute pour moi que les radiations du tube de Crookes exercent une action lumineuse directe sur la rétine. Une seule objection n'a pas encore été ré- solue par moi, c'est celle qui supposerait une illumination fluorescente des milieux optiques.

M. d'Arsonval ajoute, à l'occasion de cette communica- tion, les remarques suivantes :

On peut provoquer des sensations lumineuses par des ondes d'une tout autre nature, par exemple au moyen d'un champ magnétique alternatif, ainsi que je l'ai signalé il y a une année environ à la Société de biologie. Si l'on place la tempe près d'un électro-aimant, animé par un courant alternatif (de 42 périodes dans mon cas), on perçoit très nettement des éclairs lumineux, dont la période est de 3 à 4 par seconde. Parfois on a une image très nette du fond de l'œil. Enfin les tissus vivants, placés dans un pareil champ, sont le siège de phénomènes intéressants que je communiquerai à l'Académie ultérieurement. Si l'on n'avait obtenu que très peu d'effet avec le champ magné- tique constant, cela tenait à ce que le champ magnétique, agit comme tous les excitants physiologiques, non par son intensité absolue, mais par ses variations.

Sur la constitution du grand sympathique; ses centres trophiques. — M. J.-P. Morat. Dans une précédente com- munication, j'ai montré que les nerfs inhibiteurs des vais- seaux (vaso-dilatateurs) ont des centres trophiques dans la moelle épinière. L'expérience qui suit montre que la moelle allongée en renferme également.

Sur un chien on fait la section intracranienne du facial, du nerf intermédiaire de Wrisberg et de l'auditif (ces trois nerfs étant étroitement accolés, on ne saurait les couper séparément). Après six jours écoulés on peut s'assurer que les éléments dilatateurs de la corde tympanique et du lin- gual sont en grande partie dégénérés. Leur excitation ne produit en effet plus qu'une vaso-dilatation atténuée, mais néanmoins encore bien reconnaissable sur la partie anté- rieure de la langue. De même la sécrétion de la sous maxil- laire est très diminuée, mais se produit encore partielle- ment. J'ajoute que la persistance de ces effets résiduels vaso-moteurs et sécréteurs ne tend nullement à disparaître ou à s'atténuer, quand on allonge le délai qui est laissé à la dégénération pour se produire; ils sont tels, après vingt- cinq jours, qu'après six jours. La proportion entre les élé- ments détruits et ceux conservés reste la même.

La section ayant été faite sur les origines mêmes du facial et du nerf de Wrisberg nous sommes fondés à admettre que les fibres dégénérées, qui ne répondent plus à l'exci- tation, ont leurs centres trophiques au-dessus de cette sec- tion, tandis que celles qui ont échappé à la dégénération et conservé leur excitabilité les ont au-dessous du lieu d'interruption dans un ou plusieurs points qu'il reste à préciser. Les premiers sont des *centres bulbaires* (analogues aux *centres médullaires* dont il a déjà été question); les autres sont des *centres ganglionnaires* épars dans le nerf ou plus ou moins condensés.

La méthode des dégénérations, appliquée à l'étude du grand sympathique, nous montre des faits du même genre et tendant à la même conclusion. Je citerai le suivant qui concerne, lui aussi, les vaso-moteurs de la langue.

On sait que, tandis que les éléments inhibiteurs des vaisseaux linguaux proviennent du bulbe par le nerf de Wrisberg et le lingual, leurs éléments constricteurs, ou moteurs proprement dits, proviennent de la moelle cervi- cale par la chaîne sympathique et l'hypoglosse. Or, si l'on coupe le sympathique cervical, on provoque la dégénéra- tion des vaso-moteurs de la langue, dégénération totale dans la chaîne jusqu'au ganglion cervical supérieur, dégé- nération partielle seulement dans l'hypoglosse; c'est ce dont on peut juger par les effets de l'excitation de ce nerf (après curarisation à la limite), laquelle amène encore un léger degré de pâleur de la langue quand elle porte sur l'hypoglosse. Mais, si l'on fait cette épreuve sur un animal auquel on a enlevé le ganglion cervical supérieur quelques jours auparavant, on ne trouve plus dans l'hypoglosse trace d'éléments vaso-moteurs répondant à l'excitation.

Tous ces nerfs (vaso-moteurs, vaso-inhibiteurs et sécré- teurs) se comportent, en somme, de la même façon; ils ne dégénèrent que partiellement et le nerf de Wrisberg (qui, du reste, est un nerf mixte, puisqu'il contient des éléments sensitifs) se présente à nous, ici, comme l'une des origines bulbaires du grand sympathique. Tous ces nerfs nous pré- sentent ce caractère important, de n'avoir pas un trajet di- rect et ininterrompu depuis la moelle et le bulbe, jusqu'aux vaisseaux et aux organes viscéraux auquels ils se rendent, mais d'être coupés par des interruptions marquées par ces centres échelonnés. Par contre, ce caractère établit une différence essentielle entre eux et les nerfs moteurs qui se rendent aux muscles du squelette; ces derniers étant consti- tués par des fibres de toute longueur qui ont leurs centres tropiques dans la moelle rachidienne et allongée.

Mais cette différence, qui nous paraît essentielle quand nous comparons entre eux les nerfs moteurs squelettiques et les nerfs moteurs viscéraux, disparaît à son tour, quand on rétablit la véritable équivalence qui existe entre les uns et les autres, et cela en se fondant non plus exclusivement sur les apparences morphologiques extérieures, mais sur la disposition structurale des systèmes auxquels ils appar- tiennent et sur les fonctions des éléments qui les compo-

sent. Pour établir cette équivalence sur des bases légitimes, il faut comprendre que les uns (moteurs squelettiques) sont de simples nerfs, tandis que les autres (moteurs et inhibiteurs vasculaires et viscéraux) sont des systèmes complexes, formés par l'association et la superposition des neurones échelonnés.

Malgré leur voisinage dans le myélaxe, les centres trophiques bulbaires et médullaires des éléments moteurs et inhibiteurs du grand sympathique, ne sont donc pas les équivalents de ceux des nerfs moteurs squelettiques situés plus ou moins près d'eux. Les noyaux moteurs du bulbe et de la moelle sont, en réalité, représentés dans le grand sympathique par les ganglions d'où partent des neurones allant sans coupure jusqu'aux viscères et aux vaisseaux. Quant aux neurones qui procèdent du myélaxe et qui aboutissent à ces ganglions, ils sont les équivalents de ceux qui, dans le système moteur et inhibiteur squelettique, se rendent de l'écorce cérébrale au myélaxe ; ils représentent donc, pour employer un terme usité déjà, de véritables *fibres de projection* étendues de la moelle aux ganglions, mélangées aussi vraisemblablement de *fibres commissurales* étendues d'un étage ganglionnaire à l'autre.

Ainsi compris, le grand sympathique est formé d'au moins deux parties, l'une inférieure, l'autre supérieure, superposées et dont le plan de partage est dans les ganglions. Seulement, ce plan de séparation n'est ni dans les ganglions de la chaîne, ni dans les plexus terminaux, ni dans les ganglions intermédiaires, à l'exclusion les uns des autres : il est tracé irrégulièrement dans tous ces noyaux ganglionnaires qui, comme on sait, présentent tous des fibres terminales et tous des fibres dites *de passage* qui les traversent sans s'y arrêter. Une section, portant sur la chaîne fondamentale ou sur les nerfs, qui ne partent avant qu'ils aient atteint leurs ganglions terminaux, coupera donc et des fibres de projection et des neurones primitifs de ce système. Par là s'expliquent les résultats des expériences relatées plus haut et les effets résiduels dus à la conservation des fibres non dégénérées. Par là aussi s'expliquent maintenant les doutes, les hésitations et les contradictions entre expérimentateurs sur la question tant et si souvent débattue de la dépendance ou de l'indépendance du grand sympathique, question depuis longtemps soumise à l'épreuve de la méthode de la dégénération. Le grand sympathique a la même constitution fondamentale que les autres ensembles nerveux, auxquels on l'oppose d'habitude ; mais, au point de vue morphologique comme au point de vue fonctionnel, on ne saurait nier qu'il garde une physionomie spécifique assez accusée, puisqu'elle a pu si longtemps masquer les traits généraux qui le rapprochent des autres systèmes de nerfs.

Expériences sur l'excitation des nerfs par les rayons électriques. — M. B. Danilewski.

Action thérapeutique locale des courants à haute fréquence. — M. Oudin. On connaît les recherches physiologiques du professeur d'Arsonval sur les courants de haute fréquence, et les modifications que l'autoconduction amène dans les phénomènes de combustion et de nutrition générales. On sait aussi que le Dr Apostoli a porté sur le terrain de la clinique ces résultats expérimentaux et a confirmé les faits physiologiques du professeur d'Arsonval.

J'ai, pour ma part, étudié plus particulièrement l'action locale de ces mêmes courants, et je suis arrivé à des résultats que je crois assez intéressants pour être signalés.

Par action locale, j'entends l'application sur un point déterminé des téguments, peau ou muqueuse, d'une électrode communiquant avec les bornes de l'appareil, le corps du patient étant relié, soit à l'autre pôle, soit, plus simplement, à la terre. Dans ces conditions, la région sur laquelle on opère, et même le malade tout entier, sont soumis à des oscillations extrêmement rapides ; et, de toute la surface du corps, on peut, en approchant la main, tirer des étincelles.

Cette action générale met l'organisme dans des conditions un peu analogues à celles de l'autoconduction (ce que je serais tenté de croire en raison des modifications de l'état général présentées par certains malades : ainsi, par exemple, j'ai vu des migraines chroniques s'espacer, et finir par disparaître à peu près complètement chez des femmes soignées pour des affections cutanées concomitantes). A côté de cette action générale, l'action locale à proprement parler est due à une pluie d'étincelles criblant la partie malade à proximité de l'électrode.

Si l'on se sert, pour produire cet effet, d'électrodes reliées directement au pôle du solénoïde primaire de haute fréquence, les étincelles sont douloureuses, supportées difficilement par une peau saine et intolérables pour une peau malade. En élevant la tension du courant par un solénoïde secondaire plongé dans l'huile, ou à l'aide du résonateur que j'ai fait connaître, l'étincelle est facilement supportée par des téguments sains, mais est encore douloureuse s'ils sont enflammés. Elle devient tout à fait inoffensive et supportée par les muqueuses les plus délicates, comme celles des fosses nasales, par exemple, si comme électrode on emploie une sorte de condensateur formé par un fil métallique engainé dans un tube de verre. Entre le verre et la partie malade éclate, formant autour de celui-ci comme un manchon lumineux, une pluie de petites étincelles très fines et absolument indolores. En promenant quelques minutes cette électrode sur des régions malades on produit, au bout de quelques séances, des modifications profondes dans l'état local, permettant de supposer qu'on a ainsi une action trophonévrotique et parasiticide.

Dans les affections cutanées deux éléments essentiels entrent en jeu, l'élément nerveux trophique et l'élément infectieux. Ils peuvent agir séparément ou ensemble et, dans ce dernier cas, l'action de l'un d'eux peut dominer celle de l'autre. Je suis persuadé que les courants de haute fréquence agissent également bien sur ces deux éléments. L'élément nerveux est à coup sûr profondément modifié, puisque, de quoi qu'il s'agisse, on voit toujours et très rapidement disparaître les démangeaisons. Les troubles de circulation vasomotrice, comme les congestions de l'acné rosacée, s'atténuent et disparaissent en peu de temps. Les maladies d'origine franchement nerveuse, comme certaines variétés de séborrhée, se modifient avec la plus grande rapidité. D'autre part, l'action parasiticide est incontestable, car toujours, après une ou deux séances, on voit se flétrir et disparaître le *molluscum contagiosum* dont la nature exclusivement parasitaire est indiscutable. J'ai vu aussi, chose plus intéressante, une guérison complète, au bout de deux mois, à raison de deux applications par semaine, d'une large plaque de lupus traitée isolément chez un malade qui en était couvert, alors que les autres continuaient leur évolution. J'ai, en bonne voie de guérison, un autre malade atteint de lupus hypertrophique qui, on le sait, est beaucoup plus actif que le lupus vulgaire. J'ai ob-

de la même façon des guérisons relativement rapides
lades.
i fait connaître antérieurement les résultats très inté-
nts obtenus dans l'eczéma et le psoriasis, ayant pu,
e procédé, voir disparaître des psoriasis anciens et
que généralisés qui, jusqu'alors, avaient été réfrac-
s à toute médication.
même action curative se rencontre dans certaines af-
ons des muqueuses en apparence les plus dissembla-
. C'est ainsi qu'on voit se flétrir rapidement des végé-
ns adénoïdes du pharynx, cicatriser beaucoup plus
que par tout autre moyen les ulcérations du col de
rus, et modifier le catarrhe gonococcique de la
ne région.
ant à l'action trophonévrotique sur les muqueuses,
me semble démontrée par un cas de leucoplasie buc-
très ancienne, qui avait résisté à toute espèce de trai-
ent et qui a été guéri en quelques semaines.
n résumé, je crois qu'on peut demander aux courants
haute fréquence une action locale de même ordre que
e qui est donnée par la franklinisation mais, à mon
, plus active et plus rapide.

**a forme saprophytique de la tuberculose humaine
de la tuberculose aviaire.** — MM. Bataillon et Terre.

**e l'influence du sommeil hypnotique sur les gastral-
s du tabes dorsal.** — M. Em. Spalikowski. On connaît
crises gastralgiques terribles auxquelles sont sujets les
xiques, dans ce que l'on est convenu d'appeler la pre-
ère période du tabes, bien que, dans le cas dont je
ccupe, ceci ait eu lieu dans la seconde période !
usqu'ici les moyens thérapeutiques usités restaient sans
cacité : la morphine étant un remède trop dangereux,
tout chez les névropathes.
Je me suis donc décidé à employer le sommeil hypnoti-
e, qui m'a donné d'excellents résultats.
Il s'agit d'une dame de 46 ans, atteinte de tabes dorsal
puis dix ans ; elle a éprouvé tous les symptômes classi-
es de la première période, et, de plus, elle souffre au
oment de ses règles, qui se montrent régulièrement en-
re, de violentes crises gastriques qui durent de cinq à
x minutes et se répètent généralement toutes les six heu-
s pendant deux ou trois jours. Je m'empresse d'ajouter
'il n'existe chez cette malade aucun symptôme d'hys-
rie.
Les crises étaient si douloureuses, au début, que la pa-
nte déchirait ses draps et tout ce qu'elle rencontrait sous
main. J'ai donc essayé de l'endormir à l'aide de passes,
le sujet est devenu tellement sensible que, maintenant,
me suffit de présenter devant ses yeux les deux doigts
dex et médius de la main droite, étendus et écartés pour
ie le sommeil ait lieu.
C'est ce que j'ai fait à chaque crise gastrique.
La suggestion aidant, les crises avortaient; elles sont
venues de plus en plus rares et, aujourd'hui, la malade
a plus que de légères *crampes* que le sommeil hypnoti-
ie suffit à calmer aussitôt.
Le traitement a duré trois mois.
Il est impossible de méconnaître l'influence bienfaisante
la suggestion ; elle a amélioré considérablement l'état
la malade, et je suis d'avis qu'on peut commencer une
rie de recherches basées sur les effets de l'hypnose dans
tabes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juin 1897. — Présidence de M. Caventou.

Traitement du goitre exophthalmique par la résection du grand sympathique cervical. — M. Reclus présente une malade atteinte de goitre exophthalmique chez laquelle son assistant, M. Faure a réséqué 20 centimètres du grand sympathique cervical! Cette femme était atteinte, depuis plus de dix ans, et n'avait eu d'amélioration passagère que par l'électricité. Son médecin, le Dr Millet envoya la malade à l'hôpital à cause de son exophthalmie excessive pour lui faire pratiquer la suture des paupières. Il y avait des ulcérations assez profondes de la cornée. Du côté du cou il y avait une tuméfaction considérable, les vaisseaux étaient très developpés. Au cœur, la pointe battait fortement, on comptait de 120 à 130 pulsations d'habitude, et à la moindre émotion le pouls devenait de plus en plus incomptable. Il y avait un tremblement considérable des membres supérieurs, l'écriture était illisible. Il y avait une sialorrhée très abondante, de la diarrhée, parfois une boulimière considérable, des colères très vives, des pleurs à la moindre émotion. La malade avait beaucoup maigri et était devenue tuberculeuse.

L'état général était si mauvais que je crus qu'il y avait plus à faire que la suture des paupières. M. Faure, après quelques expériences à l'amphithéâtre pratiqua l'opération suivante : à droite, en arrière du sterno-mastoïdien, il fit une incision de 12 centimètres pour arriver d'abord sur le plexus cervical superficiel, puis sur le plexus cervical profond ; il sépara, au devant de la portion antérieure de la colonne vertébrale le plexus vasculo-nerveux et attira en avant le stermo-mastoïdien, l'artère carotide, la veine jugulaire et le nerf pneumo-gastrique laissant en arrière le plexus cervical profond ; il éleva en haut le ganglion cervical, après avoir détaché les filets nerveux afférents ; au-dessous de l'origine des nerfs cardiaques il désenserra et coupa le grand sympathique sur une longueur de 7 centimètres.

Cette opération paraissait d'abord devoir être très difficile, mais il n'y avait aucun vaisseau trop dilaté, et l'opération ne prit du côté droit que 7 minutes environ. A gauche, l'opération fut plus difficile à cause de la présence de ganglions tuberculeux, qu'il fallut d'abord enlever. De ce côté, l'opération dura 20 minutes.

Pendant l'opération, on ne remarqua aucun changement du côté des yeux et du goitre. Le lendemain, il y avait beaucoup moins d'arhytmie, la malade put dormir la nuit, elle put fermer les yeux, et au bout de huit jours, voici les résultats qu'on put constater.

L'exophtalmie avait presque entièrement disparu, et les ulcérations de la cornée étaient guéries. Le pouls était beaucoup plus lent; il reste maintenant autour de 90. La malade peut marcher, il n'y a que très peu de tremblements, la diarrhée, la sialorrhée, la polyurie, ont disparu. L'état général est complètement transformé.

La malade a été opérée il y a 16 jours seulement, mais cette opération imaginée par M. Jaboulay, de Lyon, a été pratiquée 6 fois par lui depuis 1895. M. Jonnesco l'a également pratiquée une fois, ainsi que M. Gérard-Marchant. En rassemblant ces documents épars, nous aurons sans doute des renseignements suffisants pour juger de l'avenir de cette opération.

La myélite ascendante aiguë et les inoculations anti-rabiques. — M. Brouardel. Voyons d'abord si la myélite ascendante aiguë peut être attribuée à la rage ou au traitement pastorien. Il est légitime de se demander si le malade de M Rendu n'a pas subi une infection banale après sa piqûre anatomique. M. Rendu écarte l'idée de paralysie rabique : en effet, ce serait le premier cas de transmission de la rage de l'homme à l'homme.

M. Rondot, de Bordeaux, a actuellement dans son service de l'hôpital Saint-André une malade atteinte de myélite survenue à son retour de Paris, où elle venait de subir à l'institut Pasteur les inoculations anti-rabiques. Cette malade fut guérie par des injections de spartéine et de sérum artificiel à hautes doses. L'ensemble des signes observés chez cette malade se rapproche beaucoup de ceux de la rage paralytique. M. Rondot pense que cette malade serait morte de rage paralytique,si elle n'avait subi les inoculations pastoriennes, quoique ces inoculations, très tardives, n'aient commencé que trente et un jours après la morsure.

Traitement des anévrysmes en général et de l'anévrysme de l'aorte en particulier par les injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse. — M. Lancereaux présente un malade qui lui a été adressé par le Dr Besançon. Ce malade est atteint d'un énorme anévrysme de l'aorte, très douloureux, amenant des crises d'angine de poitrine, de l'oppression. La tumeur mesure de 14 à 15 centimètres de diamètre et est arrivée au contact de la peau très amincie ; on s'attend à chaque moment à la rupture de l'anévrysme.

Le 20 janvier on commence dans la région de la fesse gauche des injections de 50 grammes d'une solution gélatineuse ainsi composée : solution stérilisée de gélatine à 1/100 dans une solution de chlorure de sodium à 1/1000 maintenue à 37°. Depuis cette époque, il a été fait 12 injections de 150 grammes.

La tumeur a diminué de 2 centimètres de diamètre, elle est dure et ne menace plus en rien de se rompre. Les douleurs ont cessé ; le malade, très amélioré, demande à quitter l'hôpital le 25 mai.

Ces injections, qui ont produit ici un si bon résultat, sont donc à recommander dans les cas d'anévrysmes, surtout dans ceux qui, situés profondément, ne sont pas justiciables du traitement chirurgical.

Traitement opératoire de la myopie forte. — M. Chauvel lit un rapport sur la communication faite récemment par M. Vacher (d'Orléans) sur le traitement de la myopie forte par l'extraction du cristallin transparent.

M. Javal. M. Vacher pense qu'après l'extraction de cristallin, il y aurait un arrêt dans la myopie progressive ; il paraît très intéressant de savoir si les autres opérateurs ont réellement trouvé un arrêt de la myopie après l'opération. Un deuxième point est également d'un intérêt considérable : tout le monde sait qu'après l'extraction du cristallin il faut prescrire des verres à cataracte. On se trouve ici dans une excellente condition pour faire une expérience d'optique : on peut trouver aussi l'action dioptrique du cristallin dans l'œil.

Grossesse extra-utérine. — M. Pinard lit un rapport sur deux observations de grossesse extra-utérine communiquées à l'Académie par MM. Routier et Tuffier.

La malade de M. Routier est une femme de 30 ans, n'ayant aucune affection antérieure de l'appareil génital. Le 12 novembre 1896, la malade est prise des douleurs de l'accouchement ; le Dr Chevalier, appelé pour pratiquer l'accouchement, pose le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort. La malade, conservant toujours sa grosse tumeur, est amenée à l'hôpital Necker au mois de janvier. Le 11 février, M. Routier opère et se laisse aller à pratiquer l'extirpation totale après des difficultés très nombreuses ; pendant l'opération qui dura quarante-cinq minutes, il dut faire une hystérectomie totale, réséquer 8 centimètres de l'uretère droit et ouvrir la vessie.

Cette observation démontre qu'une femme, n'ayant aucun antécédent génital, peut faire une grossesse extra-utérine évoluant comme une grossesse normale ; elle montre également que l'intervention opératoire, en pareil cas, doit se borner à extraire le fœtus, que l'ablation du sac ne peut être tentée que lorsqu'on a acquis la certitude qu'il n'y a aucune adhérence.

La malade de M. Tuffier est une femme de 32 ans, accouchée pour la première fois spontanément d'un enfant vivant en 1892, puis d'un second en 1894. Pendant sa troisième grossesse, en 1896, la malade dut garder le lit et fit une série de coliques hépatiques comme elle en avait déjà fait à l'âge de 22 ans. M. Tuffier constate alors une tumeur dans la région de la vésicule filiaire et diagnostique des calculs contenus dans la tumeur. L'incision mena sur un fœtus dont M. Tuffier fit l'extraction.

Il s'agissait donc là d'une grossesse ectopique ayant coexisté avec une grossesse normale ; une grossesse peut survenir chez une femme ayant un kyste fœtal ancien ; d'autre part une grossesse gémellaire peut évoluer à la fois dans l'utérus et dans un kyste fœtal.

L'observation de M. Tuffier doit être rangée dans la catégorie des grossesses utérines et extra-utérines simultanées ; donc deux fœtus se sont développés simultanément, l'ectopique survenant vers le 5e mois, l'utérin allant jusqu'à terme. Le kyste fœtal jouissant d'une mobilité relative a été soulevé par le mouvement ascensionnel de l'utérus gravide et s'est fixé dans la région de l'hypochondre droit.

M. Tuffier se borna à extraire le fœtus, laissant le kyste fœtal, et, deux mois après, la malade était complètement guérie.

M. Fernet lit un rapport sur les travaux présentés pour le prix de l'Académie en 1897.

A 5 heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 juin 1897. — Présidence de M. Debove.

Application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale. — MM. Achard et Castaigne. Nous avons, depuis notre première communication sur ce sujet, recueilli 50 observations nouvelles et fait 18 autopsies. Les résultats confirment les précédents dans les cas où l'élimination du bleu avait été normale, la substance rénale était intacte, tandis que dans le cas où l'élimination avait été retardée, le rein était altéré. Dans les cas de lésions circonscrites du rein, si le reste du parenchyme est sain, la perméabilité demeure normale ; c'est ce que nous avons vu dans deux cas où l'un des reins présentait deux foyers tuberculeux caséifiés.

Nous avons pu suivre chez quelques malades les varia-

s de la perméabilité, retour à la normale après guéri-
d'une affection aiguë, et inversement retard dans l'éli-
ation se produisant chez un tuberculeux en même
ps qu'apparaissaient albuminurie et anasarque.

épreuve du bleu peut fournir aussi des résultats utiles
chirurgie en indiquant si les reins fonctionnent d'une
on normale.

. Bard vient d'attirer l'attention sur l'excès de perméa-
té accompagnant les néphrites épithéliales. Nous avons
ervé un fait qui s'en rapproche.

élativement aux variations qui pourraient résulter
ne absorption défectueuse du bleu, l'œdème considé-
le n'empêche pas le bleu d'apparaître normalement dans
ine et par conséquent ne fausse pas les résultats. Les
ections de bleu doivent être faites profondément ; de
s il ne faut employer que le bleu de méthylène vérita-
, et non d'autres bleus d'aniline qui ne donnent pas les
mes résultats.

ne question très intéressante, posée par les recherches
MM. Voisin et Hauser, est la présence des dérivés inco-
es de bleu de méthylène dans l'urine des sujets soumis
'épreuve du bleu. Nous avons étudié ce dérivé incolore
i se transforme en une couleur verte, quand on chauffe
rine avec de l'acide acétique. Ce chromogène peut être
paré du bleu, car il est insoluble dans le chloroforme et
ut être transformé en bleu et dosé à cet état.

Nous avons étudié comparativement l'élimination du
u et du chromogène, et nous avons vu que dans les cas
rmaux ces deux substances apparaissent simultanément
ns l'urine au bout d'une heure ; dans certains cas au con-
ire le chromogène apparaît d'abord dans un délai nor-
l avant le bleu, et enfin, dans d'autres, il y a retard à la
s pour le chromogène et pour le bleu. On peut provisoi-
ment conclure que le retard portant à la fois sur le bleu
le chromogène est un signe de perméabilité défectueuse
que le retard portant sur le bleu seulement et non sur
chromogène, se rencontre dans des cas où le trouble de
perméabilité est moins profond.

La multiplicité des substances auxquelles donne lieu
élimination du bleu de méthylène est un avantage à l'actif
la méthode, car ces substances sont inégalement diffu-
bles et l'on pourra sans doute tirer de leur élimination
mparative des données utiles pour le diagnostic.

M. Voisin. Avec mon interne, M. Hauser, j'ai pratiqué des
jections hypodermiques de bleu de méthylène chez des
ileptiques à deux moments différents, au moment où
s étaient en état de mal et dans la période où ils étaient
lmes. Dans ces dernières conditions l'élimination du bleu
ait normale, tandis qu'au moment des crises, le bleu,
'apparaissait qu'au bout de quatre, cinq et six heures.
ais si l'on chauffe avant l'apparition du bleu l'urine en
résence de l'acide acétique, on voit qu'elle contient une
ubstance chromogène qui sous cette influence devient
leue. Il se produit donc un phénomène qui peut être sous
dépendance d'une modification de la perméabilité
énale, mais qui peut, tout aussi bien, être le résultat
'une modification chimique du bleu de méthylène par suite
'un trouble de la nutrition générale. Ces faits sont à
pprocher de ceux que nous avons étudiés touchant l'al-
uminurie post-paroxystique et l'abaissement de la toxicité
rinaire.

M. Debove. M. Achard a-t-il remarqué que le bleu ait
uelque action thérapeutique ?

M. Achard. Non, je n'ai remarqué aucune action ni nocive, ni favorable.

M. Rendu. Après la communication de M. Marie, j'ai essayé le bleu de méthylène chez un diabétique à la dose de 12 à 15 centigrammes par jour, j'ai vu le sucre diminuer un peu, mais des céphalées intenses apparurent chez la malade ; je me suis demandé s'il y avait là simple coïncidence ou si le bleu n'avait pas provoqué ces céphalées.

Phénomènes vasculaires d'ordre nerveux. — M. H. Vaquez. La communication récente de M. Censier m'engage à publier cette note sur les accidents vasculaires d'ordre nerveux qui peuvent survenir au cours d'affections aiguës ou chroniques des artères et des veines, ou bien comme épiphénomènes pendant l'évolution de certaines maladies nerveuses, ou enfin, isolément, à titre d'accident purement local chez les sujets ne semblant être porteurs d'aucune autre affection.

Artères. — Les accidents se subdivisent en deux ordres de troubles : objectifs et subjectifs. Parmi les *troubles objectifs*, accompagnant surtout les affections bien caractérisées des artères, il faut signaler les dilatations passagères ou durables de ces vaisseaux. A côté de ces faits, il en est d'autres où la dilatation paralytique de l'artère peut apparaître en dehors de toute lésion du vaisseau ; c'est ce qu'on peut voir dans certaines affections des centres nerveux ou des névroses, dans la migraine et le goitre exophtalmique, par exemple. Dans un cas de goitre exophtalmique nous avons pu voir une dilatation énorme des carotides et de la crosse aortique, qui disparut à la guérison. Quant aux *troubles subjectifs*, consistant en sensations diverses, phénomènes douloureux, spasmes, battements intenses, ils apparaissent de préférence chez des sujets atteints d'affections nerveuses définies ou de névroses, telles que l'hystérie ou la neurasthénie.

Veines. — Les faits de ce genre sont moins fréquents au niveau des névroses, mais ne sont pourtant pas exceptionnels. Dans certaines affections aiguës de ces vaisseaux, leur dilatation avec rigidité de la paroi n'est pas rare.

Mais elle se rencontre aussi dans le cas de varices qui se sont développées rapidement, par exemple chez les femmes enceintes ; le vaisseau semble distendu à l'excès en même temps qu'on constate une véritable rigidité de la paroi ; on pense à la phlébite, mais il n'y a pas de rougeur et la pression progressive du vaisseau efface le calibre de la veine. Cet accident guérit vite en général, mais il peut quelquefois s'accompagner d'une rupture partielle des tuniques de la veine et d'une hémorrhagie localisée dans le tissu conjonctif qui l'entoure.

De pareils accidents semblent pouvoir apparaître en dehors de toute lésion de la veine. M. Censier leur donne le nom *d'éréthisme veineux douloureux* ; nous croyons qu'ils ont assez d'analogie avec les hémorrhagies spontanées observées chez les névropathes et surtout chez les hystériques, mais ici, ils dépassent la sphère des capillaires pour s'étendre aux gros troncs veineux.

La cause de ces accidents qui peuvent atteindre les artères et les veines est différente suivant les cas, mais elle agit par l'intermédiaire des éléments nerveux et musculaires des parois vasculaires. Ils apparaîtront plus volontiers quand il y a déjà des altérations anatomiques, même légères, mais on conçoit qu'ils peuvent se manifester spontanément chez des sujets prédisposés.

Dilatation de l'estomac chez les nourrissons. —

M. Comby. En 1884, dans les *Archives de médecine*, j'ai eu l'occasion de montrer la fréquence de la dilatation de l'estomac chez les enfants, en m'appuyant sur les signes que M. Ch. Bouchard venait de mettre en relief.

J'ai pu mesurer, depuis le 1er janvier 1897, 80 estomacs de nourrissons morts à la crèche de l'hôpital des Enfants malades. D'après les observations que j'ai recueillies, la capacité normale de l'estomac dans les deux premières années de la vie est la suivante :

A la naissance.....	30 à 40 cc.
A 1 mois.....	60
De 2 à 3 mois.....	80 à 100
De 5 à 6 mois.....	270 à 150
De 6 à 12 mois..	200 à 220
De 1 à 2 ans.....	300 à 350

Voici les chiffres que j'ai relevés à l'état pathologique, chez les enfants nourris artificiellement, atteints de gastro-entérite, etc. :

1° Sur 26 enfants de 0 à 3 mois, 6 seulement, nourris au sein ou trop faibles pour prendre avec avidité le lait qui leur était donné, avaient un estomac normal ou inférieur à la normale (45, 60, 80 cc.); tous les autres avaient une dilatation plus ou moins marquée, parfois excessive (200, 250, 300, 310 cc.);

2° Sur 19 enfants de 3 à 6 mois, 4 seulement avaient un petit estomac (75, 89, 125, 140 cc.), et 15 un estomac dilaté (300, 330, 340 cc.);

3° Sur 28 enfants de 6 à 12 mois, 6 avaient l'estomac petit (80, 85, 140, 145, 180, 215 cc.); 22 avaient l'estomac très dilaté (350, 400, 440, 470, 480 et même 635 cc.);

4° 7 enfants plus âgés (1 à 2 ans) avaient tous l'estomac dilaté (400 à 740 cc.)

Donc sur 80 enfants autopsiés, 64, c'est-à-dire 80 p. 100, avaient l'estomac dilaté. Les autres, en minorité, avaient un estomac petit, soit parce qu'ils étaient nourris au sein jusqu'à leur entrée à l'hôpital, soit parce qu'ils étaient privés de nourriture, soit qu'ils étaient trop débiles pour se prêter à la suralimentation.

Sans insister sur les symptômes de la dilatation gastrique (clapotage, vomissements, etc.), je rappellerai que les aliments séjournent indéfiniment dans ces estomacs distendus et paresseux; j'ai retrouvé des grumeaux de lait cinq et six heures après la tétée. Cette rétention des aliments se traduit par des fermentations anormales, par des putréfactions et finalement par un véritable empoisonnement de l'enfant. Pour combattre cette intoxication, sans parler de l'hygiène alimentaire qui doit toujours être rectifiée avec soin, je ne saurais trop conseiller le lavage de l'estomac, opération très facile chez le nourrisson, très bien tolérée, inoffensive, faisant disparaître les vomissements, favorisant la digestion, et prévenant, dans la mesure du possible, les effets de l'auto-intoxication d'origine gastrique. Après avoir usé très souvent du lavage de l'estomac chez les nourrissons, je déclare que je ne lui ai jamais trouvé d'inconvénient.

Tuberculose et fièvre typhoïde chez le même malade. — M. Chantemesse rapporte l'observation d'un malade entré à l'hôpital avec les symptômes d'une méningite tuberculeuse qui persistèrent jusqu'à la mort. Le séro-diagnostic avait été positif chez ce malade, et cependant on n'avait noté, pendant la vie, aucun symptôme de fièvre typhoïde. A l'autopsie on trouva une tuberculose des méninges et des poumons. En outre, les plaques de Peyer étaient ulcéré et elles renfermaient des bacilles d'Eberth.

Ce fait prouve que la tuberculose et la fièvre typhoï peuvent évoluer en même temps chez un malade.

M. Comby a observé un cas analogue.

Cote surnuméraire. — M. Danlos présente un mala entré à l'hôpital avec une tumeur pulsatile du creux s claviculaire, en imposant au premier abord pour un an vrysme de la sous-clavière. Mais cette tumeur était co posée de deux parties, l'une antérieure, molle, pulsati l'autre postérieure, dure. Le diagnostic qui semblait plus vraisemblable était qu'il s'agissait d'une côte surn méraire ayant refoulé la sous-clavière. L'examen rad graphique confirma ce diagnostic.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMEN

Séance du 25 janvier 1897. — Prés. de M. le Dr Dromain

Membres présents : MM. Genesteix, Pruvost, Petit, Vé chère, Boissier, Foucart et Ancelet.

M. Genesteix donne lecture d'une lettre de M. Wuilla menet s'excusant de ne pouvoir lire à cette séance son ra port sur la candidature de M. Gauja et promettant ce ra port pour la séance suivante.

M. Foucart donne de meilleures nouvelles de not collègue, M. Lebreton qui a écrit pour remercier de s élection comme membre honoraire.

M. Muselier demandant actuellement l'honoriat, M. le Pr sident rappelle que cet honoriat fut autrefois offert à not collègue en sa qualité de très ancien membre de la Soci et que par suite on ne peut que faire droit à sa demand La proposition étant adoptée à l'unanimité des membr présents, M. Muselier est élu membre honoraire de la S ciété.

M. Dromain en prenant possession du fauteuil de préside pour l'année 1897 regrette d'être forcé de se présenter lu même par suite de la mort de M. Després, son prédéce seur, son maître et son ami dont il ne parlera pas pl longuement ayant déjà dit, au sein de la Société, tout bien qu'il en pensait ; il tient cependant à envoyer à not ancien président un souvenir en cette circonstance.

M. Dromain déclare prendre la présidence pour la no velle année avec un sentiment d'humilité et d'orgueil à fois, au souvenir des Maîtres qui ont occupé la place q lui-même occupe aujourd'hui... Remplissant déjà depu quelques mois les fonctions de président, M. Dromain d mande à ses collègues de lui continuer leur bienveillan habituelle. Comme président sortant, il veut rappeler con bien les travaux de la Société durant l'année qui vient c s'écouler ont été variés et intéressants, et combien les cón munications qui ont été faites ont suscité de fructueus discussions aussi bien sur des sujets de médecine et c chirurgie générales que sur des points spéciaux, sur l'h giène publique ou professionnelle, sur des questions c droit ou enfin sur les intérêts, si dignes de défense, c notre profession. La Société a donc fait œuvre utile M. Dromain remercie tous ceux qui ont contribué à cet œuvre, soit comme orateurs soit en exposant les idé émises, tâche accomplie avec beaucoup de soin et de clar

les secrétaires annuels, dont l'un d'eux veut bien con-
er son précieux concours cette année.
tient à remercier aussi tout spécialement M. le secré-
e général toujours si obligeant avec tous ses collègues.
nfin il adresse ses félicitations et ses souhaits aux nou-
ux élus, MM. Valude et Richardière, futurs présidents.
. Dromain constate que la médecine traverse actuelle-
nt une phase difficile ; elle se trouve en butte aux insultes
ne presse à l'égard de laquelle il convient de ne ré-
ndre que par le mépris et l'indifférence. Le corps médical
t peut-être trop ému de ces attaques, il a vu le péril trop
nd venant d'un ennemi aussi mesquin et la création
posée d'un ordre des médecins, d'une Chambre syndi-
e paraissent des mesures inutiles, les médecins n'ayant
oin d'aucun moyen d'intimidation pour suivre les pré-
tes de charité, de désintéressement et d'honneur aux-
els ils ont toujours été fidèles et si le culte de ces pré-
tes disparaissait jamais du reste du monde, ajoute
Dromain, il aurait encore ses derniers fidèles, et ses der-
rs défenseurs à la Société médicale du VI[e] arrondisse-
nt.

M. Foucard dépose sur le bureau au nom de M. Le Coin
Bulletin de la Société des médecins du Bureau de bien-
sance pour 1895, brochure contenant le nom des mem-
es et les travaux de la Société. Notre confrère, M. Le Coin,
i pu venir lui-même présenter cet ouvrage, étant retenu
lit par une phlébite double survenue après un accès de
iques néphrétiques arrivé au commencement de décem-
e. Actuellement M. Le Coin ne souffre plus, mais est
core obligé de garder le repos le plus absolu.

M. Dromain se fait l'interprète de la Société en faisant les
eilleurs vœux pour le prompt rétablissement de notre
nfrère. Il se plait à reconnaitre en passant que si le
mpte rendu imprimé des séances de notre Société n'est
s plus avancé, il n'y a aucunement de la faute de M. le
crétaire Général et qu'une difficulté matérielle et momen-
née d'impression est l'unique cause de ce retard.

M. Genesteix tient à mettre la Société au courant de la
uestion des médecins de nuit, question toute d'actualité
ui traverse une phase aigue et réclame une prompte solu-
on. Les marchandages de l'Administration vis-à-vis des
édecins ont en effet porté atteinte à leur dignité profes-
onnelle, et l'émotion que tous en ont ressentie mérite
u'une pareille question soit abordée au sein d'une Société
omme la nôtre.

Jusqu'aux récentes modifications apportés par le Conseil
unicipal, les médecins du service de nuit, alors en nom-
re illimité, étaient requis par des sergents de ville qui les
ccompagnaient chez les malades. Lorsque ces malades ne
ouvaient payer le médecin, celui-ci recevait du sergent
e ville un bon d'honoraires de 10 fr. pour les visites sim-
les et de 20 fr. pour les accouchements, bons qu'ils
llaient toucher à la préfecture. La totalité des honoraires
insi payés aux médecins de service de nuit s'éleva en 1894
145.000 fr. le budget de la ville étant, comme terme de
omparaison de 344 millions. Néanmoins les conseillers
unicipaux, souvent si prodigues, furent effrayés de ce
otal et résolurent de le restreindre par des économies.

On avait cherché depuis longtemps à faire rembourser
es visites de nuit par les malades, en leur envoyant d'abord
ne sommation d'avoir à effectuer ce remboursement,
ommation dont le ton et l'entête portant « *unique avis* »
vaient eu le don de faire payer quelques malades ; toute-
fois ce moyen n'avait amené dans la Caisse municipale que 32 p. 100 des honoraires réclamés.

Le Conseil municipal, chargea alors, dans un but d'économie, les percepteurs de recouvrer ces honoraires et cela chez certaines catégories seulement d'imposés ; cet essai, où le favoritisme de cause électorale eût encore plus de latitude, donna un résultat bien inférieur au précédent, car, 1 1/2 p. 100 seulement des malades payèrent.

Voulant à toute force faire des économies sur le service de nuit, le Conseil municipal se rejeta alors sur les médecins et décida dans la séance du 14 décembre et sur la proposition de M. Gibert que désormais les médecins chargés du service toucheraient des appointements fixes de 50 fr. par mois, quel que fut leur dérangement. Cette mesure injuste faisait faire au budget de la ville la minime économie de 45.000 fr. Quelques médecins s'inclinèrent devant cette décision ; la plupart refusèrent d'accepter un pareil état de choses qui forçait le médecin du service de nuit à rester prisonnier chez lui de 11 heures du soir à 6 heures du matin en été, et de 10 heures à 7 heures en hiver et cela pour la somme dérisoire désormais offerte. Un pareil état de choses était aussi préjudiciable aux malades qu'aux médecins, ceux-ci devant abandonner la nuit leur clientèle habituelle pour se consacrer entièrement à leur service.

Le Conseil municipal voulut d'abord charger de ce service ainsi modifié les médecins du Bureau de Bienfaisance qui refusèrent en masse ; les officiers de paix furent alors chargés de régler les visites de nuit et beaucoup n'écoutèrent que leurs préférences, rayant malgré eux des médecins régulièrement inscrits.

Ce nouveau système d'appointements fixes créait, en outre, une réelle injustice, chaque visite étant, grâce à lui, très inégalement rémunérée suivant les quartiers et rapportant environ 1 fr. 60 dans le XI[e] arrondissement, 24 francs dans le quartier de la Santé et 200 francs dans celui de l'Elysée.

Devant cet état de choses, les médecins du XI[e] arrondissement, refusant l'indemnité dérisoire qui leur était offerte, se mirent en grève en s'engageant, toutefois, à assurer gratuitement le service jusqu'à solution de la question. Au Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement et sur laproposition de M. Verchère, un ordre du jour de cordiales félicitations aux médecins du XI[e] arrondissement fut voté leur témoignant ainsi que le Corps médical tout entier se solidarisait à leur cause.

Comprenant qu'il avait fait fausse route, le Conseil municipal chargea sa cinquième Commission de trancher la question. Cette Commission convoqua alors le bureau du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement. Celui-ci, se rendant à cet appel, trouva un fort bon accueil auprès de la majorité des conseillers municipaux. Au cours de la discussion qui eut lieu, le D[r] Desnos fit l'historique de la question et exposa les revendications du Corps médical ; le D[r] Cayla fit ressortir les inégalités de traitement créées par le nouvel état de choses ; le D[r] Genesteix montra que lorsque l'administration menaçait les malades de leur faire payer les visites, la peur de ce paiement les empêchait le plus souvent de déranger sans cause le médecin de nuit, tandis que maintenant, connaissant la gratuité des visites, quantité de personnes auraient recours, sans urgence ni même nécessité, à ce médecin qui ne pourrait suffire à la tâche.

M. Gibert, conseiller municipal et auteur du nouvel état de choses, soutint que les visites n'augmenteraient pas. M. Fourest fut d'avis contraire, et la discussion prit bientôt entre conseillers municipaux un tour montrant toute la vivacité des sentiments que peut inspirer à nos édiles le Corps médical.

La discussion en resta là et la suite en fut remise à une séance ultérieure, après dépôt d'une proposition au Conseil tendant à faire nommer les médecins de nuit à l'élection par les Sociétés médicales d'arrondissement.

M. Genesteix demande alors l'avis de la Société sur un projet de solution de la question, qui pourrait être proposé par la 5e Commission. Un crédit serait voté par le Conseil municipal pour le traitement des médecins de nuit pendant une année. Ce crédit serait divisé en douzièmes et chacun de ces douzièmes serait divisé lui-même par le nombre total des visites faites dans le mois correspondant, donnant ainsi un chiffre d'honoraires variables suivant les mois, mais uniformes chaque mois pour tous les médecins, rémunérant, par suite d'une façon équitable, sinon suffisante, les médecins au prorata des visites faites. Ce système ne donnerait plus lieu aux inégalités actuelles, qui font qu'un médecin touche d'autant plus qu'il est moins dérangé.

M. Dromain trouve le projet de M. Genesteix habile, mais pense qu'on ne doit pas venir au secours du Conseil municipal et qu'il est préférable de le laisser avoir recours à nous et, par suite, nous rendre justice malgré lui. Si, en effet, il y eut avec l'ancien système quelques rares abus de la part des médecins, il y en eut bien plus de la part des malades, qui s'offraient volontiers une consultation gratuite en faisant venir de jour le médecin du Bureau de Bienfaisance et le soir, celui du service de nuit. M. Dromain pense donc qu'il est préférable de laisser le Conseil municipal en présence de l'état de choses actuel qui ne peut durer, ce qui le forcera à revenir à ce qui existait autrefois, seule solution équitable. Il serait regrettable, en effet, de favoriser la réalisation d'économies aux dépens du Corps médical, qui gagne consciencieusement les modiques honoraires qui lui sont alloués. M. Dromain conclut donc qu'à son avis, bien que la proposition de M. le secrétaire général soit très adroite il vaut mieux ne pas l'adopter.

M. Genesteix ne croit pas que la 5e commission rétablisse l'état de choses antérieur, forte qu'elle est que 32 médecins seulement aient réclamé parmi les intéressés, tandis que 100 n'ont rien dit et certaine qu'elle s'affirme de pouvoir toujours trouver des médecins à court de ressources, pour assurer le service dans les conditions actuelles. Il vaut donc mieux trouver un moyen de conciliation pouvant léser le moins possible nos confrères.

M. Pruvost trouve qu'agir ainsi serait donner satisfaction à l'Administration seule et pas aux médecins, puisqu'on abaisserait ainsi le taux de leurs honoraires et que par suite tout le corps médical se trouverait atteint par une pareille mesure.

M. Genesteix constate qu'à ce point de vue même, si cette diminution des honoraires avait pour effet d'amener les médecins à réclamer en masse, et à montrer plus de solidarité dans la défense de leurs intérêts, cette mesure aurait un effet salutaire, car actuellement un grand nombre de confrères, n'étant pas atteints directement, se désintéressent de la question.

M. Dromain trouve que tous les médecins devraient se mettre en grève, le Conseil municipal accordant toujours des subventions aux grévistes.

M. Petit, à propos du fonctionnement du service de nuit, demande s'il est habituel qu'un médecin de service dans un quartier soit remplacé par celui d'un quartier voisin. Il cite un exemple de cette façon de procéder s'étant produit dans le 7e arrondissement.

Plusieurs membres présents assurent que la chose se fréquente dans tous les quartiers.

M. Dromain revenant à la proposition de M. Genesteix, d'avis, que la Société s'abstienne de donner aucune conclusion à la discussion qui vient d'avoir lieu, et se réserve de ne pas entraver, par un vote, sa liberté pour des revendications ultérieures. Il propose donc de remercier M. le secrétaire général de sa très intéressante communication et de lui en donner simplement acte.

M. Genesteix voudrait toutefois pouvoir émettre l'avis de la Société sur sa proposition au Conseil général des Sociétés d'arrondissement.

M. Dromain après avoir consulté les membres présents demande, avec leur assentiment, que l'opinion de la Société soit ainsi formulée.

Avant tout, réclamation tenace du *statu quo ante* et, dans le cas seulement où le retour de celui-ci serait impossible adoption de la proposition de M. Genesteix.

Un des secrétaires annuels, Dr G. Ancelet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1897. — Présidence de M. E. Delen

Traitement de la coxalgie. — M. Gérard-Marchant. crois utile autant qu'honnête de rapporter un fait. Il s'agi sait d'une fillette atteinte de coxalgie que je soignais d puis quelques années. Déjà étant donnée une mauvaise s tuation, je lui avais pratiqué un redressement sans ennu Plusieurs mois après, la situation étant encore mauvai je fis un nouveau redressement forcé. Au bout de quelqu jours une méningite survint dont la malade mourut.

M. Berger. J'ai employé dans les abcès de la coxalg des injections d'éther iodoformé et de naphtol camphré, j'ai pu en guérir avec une seule injection. Il faut distingu des abcès dans le décours de la coxalgie chez lesque après avoir fait une injection de naphtol le petit orifi s'ouvre, donne issu à une sorte de bouillie jaunâtre pu tout se ferme et se guérit. Mais dans les abcès au début d la coxalgie, on peut être forcé de faire le curettage, malg l'injection. J'ai été moins satisfait, malgré les soins les plu grands, de ces interventions. Pendant quelques semain tout semblait aller mieux, puis tout se rouvrait et mêm s'aggravait. J'ai souvenir de deux opérés, dont l'un e mort et l'autre moribond. Je n'ai pas un seul cas de cure tage ayant amené une guérison définitive.

Je ne saurais trop partager les idées de M. Reynier sur l différence du traitement indiqué en ville où à l'hôpital.

M. Jalaguier. Comme mes collègues, je suis ennemi d résections sauf lorsqu'on ne peut les éviter et je les fa atypiques. J'ai vu aussi, comme M. Ménard, que les injec tions antérieures mettent les malades dans de meilleure conditions pour la résection.

Comme traitement général c'est à l'appareil plâtré qu'

t recourir quand on ne peut surveiller l'extension con-
ue.

Plutôt que le redressement forcé d'une coxalgie guérie,
préfère la section sous-trochantérienne.

Sur 122 cas de coxalgie, 67 ont présenté des abcès, 11 sont
rts, 7 de méningites et 4 de lésions pulmonaires, 46 ont
traités par l'extension continue simple, 18 par l'immo-
isation simple enfin 41 ont subi le redressement sous le
loroforme sans une mort par méningite, mais je ne
lresse jamais un coxalgique avec abcès ou en mauvais
t général.

Mes abcès injectés ont guéri après deux ou trois injec-
ns tantôt d'éther iodoformé, tantôt de naphtol cam-
ré, tantôt les deux employés successivement.

M. Kirmisson. Tout le monde avec M. Ménard a proclamé
supériorité de la méthode conservatrice dans le traite-
ent de la coxalgie.

Le maintien du membre dans une attitude favorable est
principal objectif. M. Brun et moi sommes partisans de
gouttière platrée. M. Jalaguier au contraire avec d'autres
llègues prônent l'extension continue. Si je préfère le
emier, c'est qu'il est plus facile à faire, moins encom-
ant et conserve une immobilisation plus parfaite.

Il faut placer le membre dans une situation modérée
abduction, sinon surviendront toutes les complications
rribles de la coxalgie. Dans cette position il y a emboite-
ent exact de la tête dans la cavité cotyloïde.

Quant au redressement forcé, mon opinion n'a pas été
loptée, mais 5 malades que j'ai vu mourir, après un re-
ressement forcé, de méningite, m'ont fait rejeter cette
anœuvre. Il est certain que je ne parle pas des coxalgies
icentes, mais bien des anciennes.

La période de coxalgie suppurée doit être distinguée en
bcès non infectés et abcès fistuleux. Le vrai danger pour
n tuberculeux c'est de devenir septicémique. Et jamais on
'est sûr en poursuivant les foyers tuberculeux septiques
e les désinfecter et d'obtenir une guérison par une inter-
ention en apparence radicale.

C'est à l'éther iodoformé que je donne la préférence sur
e naphthol camphré.

M. Berger a insisté sur la différence qu'il y a entre les
bcès dans les coxalgies anciennes et les coxalgies récen-
es. Les premiers, abcès résiduaux, guérissent avec grande
acilité, souvent après une seule injection d'éther iodo-
ormé. Dans les abcès du début, où l'on trouve cette matière
aséeuse, tuberculome ramolli de Lannelongue, l'injection
t la ponction peuvent rester sans effet satisfaisant et
même peuvent les aggraver.

En somme, rejet absolu de toute intervention pseudo-
adicale.

M. Hennequin lit un mémoire relatant toute une série
l'études expérimentales démontrant l'efficacité et le mode
l'application de l'extension continue dans le traitement de
a coxalgie.

Deux cas d'occlusion intestinale. — M. Broca fait un
apport sur une présentation de M. Legueu. Dans le premier
as, il s'agissait d'une tension du cæcum que l'on put re-
ettre en bonne situation par la laparotomie. Dans le se-
ond il s'agissait d'occlusion intestinale par paralysie de
'intestin. A la suite d'une hernie, le contour de la portion
errée arrêtait le cours des matières, et, à la suite de la la-
aratomie, la contractilité intestinale reparut, et la malade
guérit.

Traitement de la fracture de la rotule. — M. Berger. M. Lucas Championnière a été dur pour le cerclage de la rotule. Je dois dire que le cerclage n'a pas été préconisé pour tous les cas, et lorsque je l'ai conseillé, j'avais affaire à des fractures à petits fragments au travers desquels on ne peut espérer passer un fil.

Je dois dire que les objections que l'on a faites au cerclage n'ont pas porté. Avec le cerclage, il n'est pas impossible de nettoyer l'articulation et d'évacuer tous les caillots. De plus le cerclage n'exige pas des instruments spéciaux, n'expose pas à la chute de la poussière osseuse dans l'articulation, et les fils n'y pénètrent pas davantage.

Les cas de fracture itérative montrent bien que la suture dans la fracture de rotule n'est pas toujours aussi solide qu'on le veut dire. De plus, il existe encore des cas de morts, de suppurations d'articulations qui forcent à dire que la suture de la fracture de rotule n'est pas encore de petite chirurgie courante, que des améliorations peuvent encore être proposées, et que le cerclage ne mérite peut-être pas la dépréciation dont il a été l'objet.

Résection du grand sympathique cervical. — Présentation du malade par M. Faure.

Ostéome de l'orbite. — Présentation du malade par M. Nélaton.

Dr Verchère.

COURRIER SANITAIRE

L'épidémie cholérique de 1896 en Egypte.

Le Ministre de l'Intérieur Egyptien vient de publier la statistique des cas de choléra asiatique et des décès attribuables à la même affection pendant la dernière épidémie. De ce rapport il ressort que l'épidémie s'est étendue à toute l'Egypte, frappant plus particulièrement les villes, mais causant, quand elle les atteignait, plus de décès dans les villages que dans les grands centres. La première apparition de la maladie a eu lieu le 11 octobre 1895 dans le gouvernement de Damiette et le dernier cas constaté l'a été le 3 novembre 1896 à Alexandrie. Dans cette période de douze mois et vingt-deux jours la maladie a fait 18.167 victimes sur 21.794 cas constatés ; la mortalité a donc été pour l'ensemble du pays de 83 p. 100.

Si nous examinons le graphique de l'épidémie, nous voyons que celle-ci, après avoir éclaté en 1895 dans six gouvernements (Caire, Alexandrie, Damiette, Dakalich, Charkieh et Ghartieh) a subi un temps d'arrêt dans certaines de ces régions, puisqu'au *Caire*, notamment, il n'a pas été constaté de décès, du 11 décembre 1895 au 10 janvier 1896 ; à *Damiette*, du 28 décembre 1895 au 2 juin 1896 ; à *Dekernès* (province de Dakalieh), du 29 décembre 1895 au 2 juillet 1896. A partir du mois de janvier dans les autres gouvernements et dans le reste du gouvernement de *Dakalieh*, l'épidémie reprend et se propage même à de nouveaux gouvernements puisqu'après avoir fait, en 1895, 923 victimes sur 1.107 cas de choléras constatés, elle cause, en 1896, 17.183 décès sur 20.587 cas (83 p. 100). En 1896, période d'état de l'épidémie, le choléra frappe surtout les villes, puisque *le Caire* perd 1.344 malades sur 1.513 atteints 88 p. 100). *Alexandrie*, 913 sur 1.071 (85 p. 100) ; *Damiette*, 165 sur 177 (93 p. 100) ; *Tantah*, 115 sur 128 (89 p. 100) ; *Kafr-El-Zaiat*, 168 sur 213 (78 p. 100) ; *Ghizeh*, 94 sur 93

(95 p. 100) ; *Ismaïlia*, 14 sur 14 (100 p. 100), etc..., soit pour l'ensemble des villes, 5.562 décès sur 6.171 cas (90 p. 100). Pendant cette période, la campagne avait 11.621 décès sur 14.416 cas (80 p. 100).

L'état sanitaire de l'Egypte, pendant les premiers mois de 1897, permet de penser que l'épidémie est terminée sans avoir menacé l'Europe ainsi que le faisait espérer la rigueur des mesures sanitaires prises l'année dernière.

L. Daguillon.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Par arrêté ministériel, en date du 15 juin 1897, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par l'arrêté du 29 mai 1897 est porté de trente-sept à trente-huit. La nouvelle place sera comprise dans la section de chirurgie et réservée à la Faculté de médecine de Nancy.

Hôpitaux de Paris. — Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année 1897-1898. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1897-1898, savoir :

Pour MM. les internes de 2e, 3e et 4e année, le vendredi 25 juin, à 2 heures ;

Pour MM. les internes de 1re année, le lundi 28 juin, à 2 heures.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Cours d'hygiène sociale (professeur, M. le Dr A.-J. Martin). — La conférence pratique du dimanche 27 juin aura lieu à l'école Estienne, 18, boulevard d'Italie, à 9 h. 1/2 très précises du matin.

Les cours et les conférences sont publics.

Clientèle médicale à prendre immédiatement, par suite de départ du titulaire, à Cherveux (Deux-Sèvres), entre Parthenay et Niort, sur la ligne de Paris à Bordeaux par l'Etat. Pays riche. Le rapport moyen, 8.000 francs, pourrait être augmenté.

S'adresser à Mme Varaillon, à Cherveux.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Excursion en Suisse et en Savoie*, organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ». Départ de Paris, le 26 juin ; retour à Paris le 4 juillet. — Itinéraire : Paris, Genève, Taninges, Samoens, Sixt, Geneve, Cluses, Chamonix, Montanvert, Les Fontaines d'Ugines, Doussard, Annecy, Les Gorges du Fier, Aix-les-Bains, le Lac du Bourget, Aix-les-Bains, Paris. — Prix : 1re classe, 300 fr. ; 2e classe, 260 fr.

Les prix comprennent : le transport en chemin de fer, les bateaux, voitures, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 17, rue du faubourg Montmartre et 10, rue Auber.

Nécrologie. — Le Dr Levié (Etienne), ancien médecin chef de l'hôpital militaire de Marseille. — Le Dr Ham (Jean-Pierre-Joseph), ancien médecin des messageries maritimes à Marseille, décédé à l'âge de 89 ans. — Le Dr Chiels père, de Chauvigny (Vienne). — Le Dr Alanchard, de Bologne (Haute-Marne), reçu en 1860. — Le Dr Oger (Louis), médecin major en retraite, décédé à Nanterre à l'âge de 66 ans. — Le Dr Laffon, de Caraman (Haute-Garonne). — Le Dr Brousse, de Ste-Estèphe (Gironde), reçu en 1873. — Le Dr Fièvet, de la Madeleine-lès-Lille (Nord), reçu en 1892. — Le Dr Chudzinski, depuis longtemps préparateur du laboratoire d'anthropologie. — Le Dr Rouvier, de Pignan (Hérault).

La mortalité à Paris. — Pendant la vingt-quatrième semaine, du 13 au 19 juin 1897, le service de la statistique municipale a compté 842 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 818 au lieu de la moyenne 916.

Les maladies épidémiques sont plus rares (28 au lieu de 43 et de la moyenne 66), la fièvre typhoïde a causé 2 décès au lieu de 4 et de la moyenne 8, la rougeole 15 au lieu de 27 et de la moyenne 27, la coqueluche 8 au lieu de 7 et de la moyenne 7, la diphtérie 3 au lieu de 2 et de la moyenne 16.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par influenza, ni par scarlatine.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 31 décès au-dessous de 1 an au lieu de 24 et de la moyenne 64.

En outre 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 72 décès (au lieu de 89 pendant la semaine précédente et au lieu de 102, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 19) ; bronchite chronique 14 décès (au lieu de la moyenne 19) ; bronchopneumonie, 28 décès (au lieu de la moyenne 30) ; pneumonie 22 décès (au lieu de la moyenne 34). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 31 décès, dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 177 décès au lieu de la moyenne 181 ; la méningite tuberculeuse, 18 décès ; la méningite simple, 14 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 29 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 73 décès, et les maladies organiques du cœur, 72 ; le cancer a fait périr 51 personnes. Enfin, 27 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 33 suicides, et 15 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 484 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.119 enfants vivants (595 garçons et 524 filles), dont 792 légitimes et 327 illégitimes. Parmi ces derniers, 60 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 346 enfants, dont 1 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 88 seront nourris au sein et 258 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 90 mort-nés (dont 53 légitimes et 37 illégitimes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'action intime et les indications thérapeutiques des eaux d'Evian, par le Dr Chiaïs, in-8, 20 p. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1897.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*